

## ケアリングにおける葛藤

永 島 すえみ

### 〔抄 録〕

終末期の被ケア者とその家族から治療を拒否された体験をしたケア者の思いを分析し、ケア者への支援についての検討を進めることを目的に本研究に着手した。自記式無記名の質問紙による調査で、分析方法は被ケア者とその家族から治療を拒否された理由についてのケア者の自由記述に焦点をあて、1) テーマに関連する文脈を抽出してコード化し、2) コード化したものを検討してサブカテゴリーを明らかにし、3) サブカテゴリーを内容が類似するものを集めて表現しカテゴリーとした。自由記述をした回答者は372名中9名(2.42%)いた。その内容は3つのコアカテゴリー【受容タイプ】、【共感タイプ】、【葛藤タイプ】からなり、共感タイプは、《被ケア者への共感》、《被ケア者とその家族の両者への共感》、葛藤タイプは《被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤》、《被ケア者とその家族の両者への共感による葛藤》に分析された。

キーワード：ケア，終末期，受容，共感，葛藤

### 第1章 ケア及びケアリング論の概観

現在では看護学、哲学、教育学、社会学など広い分野で使われるようになっている「ケア」、「ケアリング」は、日本語のカタカナ表現にすると類字で意味の異なる語であるかのような錯覚をおぼえる。しかし、“care”、“caring”と語源をたどれば外来語であり、英語からの借用語である。従って日本語の「高齢者ケア」を英訳するときに“Care of the Elderly”とするか、“Caring for the Elderly”とするかは悩むところである。英語を母国語とするある方に両方を提示して印象を尋ねてみたところ、前者は「身体的な世話」についてであり、後者は世話をする人への「愛情や愛着が含まれている」と解釈されるとの応えであった。それは接続詞“of”と“for”による影響もぬぐえない。本章ではこれら“care”、“caring”が、実際にはどのような語義で活用され、論じられているかについて述べる。

## 第1節 ケア及びケアリングという言葉の意味

ケア“care”とは、オックスフォード新英英辞典によると「案じ、あるいは関心を寄せる」「feel concern or interest」こと、「愛情を抱き、好意をよせる」「feel affection or liking」こと、「世話をし、ニーズに注意を払う」「look after and provide for the needs of」ことを意味する<sup>1)</sup>。したがって、ケア者が被ケア者のことを気にかけて愛情をもって世話をし、ニーズを満たしてゆく行為であるといえる。さらに、オックスフォード類語辞典によると保護や擁護“Protection”、責任や義務“charge”等の意味もあり、人を養育“custody”し、保護・監督“guardianship”する責任“responsibility”を担う行為である<sup>2)</sup>。

ケアリング“caring”は、同じくオックスフォード新英英辞典において「他者に親切にし、案じる」「displaying kindness and concern」こと、集合名詞である「自分自身の面倒を見ることのできない人々、特に病人や高齢者を世話する仕事や業務」「the work or practice of looking after those unable to care for themselves, especially the sick and the elderly」と説明されている<sup>3)</sup>。したがって、ケアリングにおいては、「仕事」、「業務」の意味が付加されて、ケア者個人の道徳的な意識において実施されていたケア行為は、職業・業務としてのケア行為へと変化したとみることができる。さらにオックスフォード類語辞典を検索してみると形容詞としての「親切的な」「kind」が主な類語で、思いやりのある“sympathetic”、理解力のある“understanding”、深い同情をよせる“compassionate”等の語彙も掲載されている<sup>4)</sup>。

上述のことから結論付けられることは、「ケア」「care」とは、案じて関心を寄せ、愛情を抱いて世話をし、責任や義務の下に保護・管理・養育する者としての一人称の視点からの行為であった。しかし、「ケアリング」「caring」になると、被ケア者がどのようにケア者のケア行為を判断するかを包含する「思いやりのある」や「理解力のある」といった、ケア者への評価までも意識する二人称の視点になり、被ケア者とケア者、相互の思いや判断を考慮に入れる職業上の継続する行為へと主眼が移行したと考えられる。

## 第2節 三人の哲学者による「ケアリング」論について

「ケアリング」「caring」を主題にした著述には、ミルトン・メイヤロフ（Milton Mayeroff）氏による『ケアの本質』“On Caring”（1972）<sup>5,6)</sup>、ネル・ノディングズ（Nel Noddings）氏による『ケアリング：倫理と道徳の教育—女性の観点から—』“CARING—a feminine approach to ethics and moral education”（1984）<sup>7,8)</sup>、ヘルガ・クーゼ（Helga Kuhse）氏による『ケアリング：看護婦・女性・倫理』“Caring: Nurses, Women and Ethics”（1997）<sup>9,10)</sup>がある。三氏はともに哲学者であり、教育者であり、研究者である。ミルトン・メイヤロフ氏は男性であるが、ネル・ノディングズ氏とヘルガ・クーゼ氏は女性である。これら三人の哲学者が述べる「ケアリング」についての概略、共通点、相違点への検討を試みる。

ミルトン・メイヤロフ氏は、ケアリングの意味を「もう一人の人について幸福を祈ったり、

好意をもったり、慰めたり、支持したり、起きていることに単に興味をもつことと混同してはならない」と述べ、さらに「それだけで切り離された感情ではなく、つかの間の関係ではなく、単にある人をケアしたいという事でもない」と続けている。ケアリングは、「相手が成長し、自己実現することを助ける1つの過程であり、ちょうど友情が相互の信頼が深まり関係が質的に変化してゆく時と共に出現するように、人の発達にかかわる一つのあり様・過程」である。ひとりの人の生涯においてケアリングは、その人の諸々の価値や活動の位置づけをする働きをし、その人のケアリングが包括的だと、総合的なものの見方ができるようになり理解力を身につけて、その人は生涯において基本的な安定性を生じるのだという。そして社会において場違いとなり、自分の居場所を求めて絶え間なく、たんにさすらうのではなく、適切な位置『安らぎの場所にいる』ことができる。ケアリングを通して他の人々に奉仕することで、その人自身の人生の意義を十分に生きる。ケアリングし、ケアされるから社会で『安らいでいる』ことができ、くつろいだ『こころ安んじた』生活をできることになる<sup>11)</sup>。

ネル・ノディングズ氏も、メイヤロフ氏が上記の「他のひとをケアすることは、最も深い意味では、その人が成長し、自己を実現するのを助けることである」と述べていることに触れている。また、ケアリングに取り組む際の重要な出発点、『誠実で信頼のおける特定のケア者による継続的なかわり』“constancy”、『倫理的な自責の念』“guilt”、被ケア者が成長して自立することを『応酬』“Reciprocation”とみることの重要性を指摘したことについてもメイヤロフ氏の功績を認めている<sup>12)</sup>。ノディングズ氏自身は、メイヤロフ氏の論点にさらにケアリングに生じる問題を提起している。その第1は、人間の出会いに伴う間主観的な関係性についてである。ケアする、ケアされるという人間関係には存在論的な基盤である人間の出会いや、情感に満ちた応答、経験としての意味の認識が含まれるが故に問題となる。ケアリングとは、錯綜した複雑なものであり、いかに主観的なものであるかを理解できるならば、そこから時には誘発されるケアの責任の重さに圧倒されて困惑し葛藤や苦痛に出会う覚悟をしておいたほうがよいかもしれない<sup>13)</sup>。第2は「応酬」“reciprocation”をどのようにみるかである。他の人といかに道徳的に接するかという倫理的な基礎を自然なケアリングの関係であるとみて、「意識的にせよ、無意識的にせよ、『よい』と感じるような人間的な状態を築くことをケアリングとみる。人間の関係性における『喜び』“joy”を人間の基本的な情感“basic human affect”であるとして、「自分の成長した子どもを見て、子どもに規定されている根本的な関係を認識するときの、ひとつの深い、押さえきれない喜び」を得るようなことを応酬であるとみななければならない。それゆえケア者は、自分の子どもと他者を分け隔てなくケアすることのできる倫理観を備える必要に迫られる<sup>14)</sup>。

ヘルガ・クーゼ氏は、「ケアリング」という言葉を看護師たちがどのように理解しているか例示することから始めている。そして、看護師たちはケアリングについて、「患者との出会いを特徴づけるような感情や感覚、気質を示すもの」だという点ではおおむね一致しているよう

であり、「患者との間に非常に深い親密な関係を想定」していることが多いようで、「積極的に関与し関わり合う姿勢」であるとか、「相互作用のプロセス」であるという理解をしていると述べている。看護師たちにとってのケアリングの意味は、感情を伴う反応に関わるもので他者への関心が含まれ、人間関係、愛着、心を開くこと、被ケア者のニーズに「傾注」し反応することであり、共感、感情移入として理解される「ケア」を実践することであったという<sup>15)</sup>。またクーゼ氏は、我－汝の関係としてメイヤロフ氏が考える「ケアリング」論における人間関係は、看護師と患者の出会いのあり方としては、深遠で親密すぎると問題を提起する。なぜなら、「ケアする他者」はケアリングを通して他者自身の存在を完結させるのであり、「他者自身が相手の世界のなかにいるかのように、相手と相手の世界を理解できるようにならなければならない」という人間にたいするケアリングは、特別なものであり、看護師がケアされる複数の相手と常に構築する関係としては非常に困難なことだと考えるからである。ノディングズ氏の「おのれを空しくして他者の経験を受け入れ、反応しなければならないという『没入』ともいわれる我－汝の関係を必要とするケアリングを看護の理想とすることは非常に危険である」ともみる<sup>16)</sup>。しかしながら、クーゼ氏自身が「ケアリング」をどのように概念化しているかについては明確には記述されていない。唯一「ケアリング」の概念であろうと推測できる文章としては、「医師が患者と接するのは短い診察の間であり、そのために個々の患者に向き合う「ケアリング」としての理解（細部まで行き届いた気づかいのこもった理解）が足らず、患者への良いケアとしての条件にしばしばかなわなくなる」<sup>17)</sup>がある。この文章から読み取れるクーゼ氏が考えるケアリングの概念は、「個々の患者に向き合い理解する」ことであり、それは「個々の患者への細部まで行き届いた気づかいのこもった理解」であると解釈できる。

以上のようにみえてくると、メイヤロフ氏とノディングズ氏の考える「ケアリング」は、主観的な関係性を伴うものであり、被ケア者とケア者相互の成長を促進するものであり、ケア者の自己実現を助長するものであるとみる点で一致する。また、クーゼ氏も含めた三者が一致をみるのは、道徳上の判断を伴う行為であり、複雑な過程であり、他者の感情的な反応を理解して応える行為であるということになる。

ノディングズ氏とクーゼ氏の両氏において最も異なる点は、クーゼ氏がケアリングにおける特質を男性・女性といった性差によるものであるとみることに異議を唱え、公平な観点から正当化できる道徳・倫理を原理原則とするケアリングを提唱<sup>18)</sup>しているのに対し、ノディングズ氏は道徳的判断や倫理の正当化が不当に強調されるときに陥る原理主義の行動としての闘争や殺戮は男性（父親）の取り組み方であり女性（母親）の取り組み方ではないとの前提に、独自の存在としての個人である被ケア者との関わり合いのなかでニーズを察して応えていく女性の特質を備えたケアリングこそが本来のあり方ではないかと主張する<sup>19)</sup>。もっともノディングズ氏の述べる女性の特質としてのケアリングは古典的な意味（Jung的な含みをもつ）においてであり、倫理的な行動の本当の源泉を人間の感情のこもった反応にあるとみて、人間の主

観的な経験による関係性が人間の存在の基礎、倫理の基礎であり、一定の規則、秩序の基に生み出されるものであるとの前提がある。したがって男性、女性といった社会的、文化的に規定された性役割や特質を超えた論（古典的な女性性）を展開し、客観的・合理的な道徳や倫理に縛られることへは懸念を示し、ケアリングにおけるかかわりあいの中で生じる喜びを伴う情感が理想を高めて成長を促進すると考えている。

三人の哲学者の著書を基に、各氏が考える「ケアリング」についての類似点、相違点の概観を試みた。人間関係を土台にした発達理論が1950年代に台頭し、1960年代には相互作用理論、1970年代にはシステム理論や現象学的実存的理論、1980年代にフェミニズム理論、1990年代に医の倫理「ケア」・「キュー」が台頭したことを鑑みると、三氏の著述における理論もこれら理論モデルの展開に影響を受けて、また変化したことを示している。

### 第3節 看護の理論家におけるケア及びケアリング

看護においては、「ケア」は「看護ケア」「nursing Care」とも表現され、赤ん坊をあやして育むように病人を介抱して看護する「思いやりをこめてその人の可能性を助長させる癒しの行為」（松本光子）<sup>20)</sup>であるとみなされてきた。また、生命や健康、安寧を維持するために個人が自分自身のために積極的に行う実践活動としての「セルフケア」「self-care」理論を提唱した看護の理論家もいる（Dorothea, E. Orem）<sup>21)</sup>。さらに「ケア」は、患者に変化を起こす力となり、機能回復を促進し再びもとの生活へと復帰できるようにする力「統合力」となり、支持力となり、疾病とかストレスに満ちた感情や恐れなどに関する解釈や理解をさせることで治癒を高める力となり、肯定的・共感的であることで生命力となり、相手を思いうちこんだ姿勢でケアすることで問題解決力になるとも論じられている（Patricia Benner）<sup>22)</sup>。カウンセリングの領域に影響を受けた批判とか判断をしない「無条件の積極的関心」や、被ケア者の怒りや不安や困惑などをあたかも自分自身のもののように感じ、しかもその怒りや不安や困惑に自分自身の感情が巻き込まれないようにしながら積極的傾聴をする「共感的理解」（カール・ロジャーズ）<sup>23)</sup>の看護ケア研修も実施されている（大段智亮）<sup>24)</sup>。以上のように看護領域における「ケア」とは、ケアされる人への「気づかい」や「好意」という感情を伴った反応、ケアされる人のニーズに注意を払いながら世話をする行為、自分自身、あるいは他者の生命や健康を維持するための感情を伴う反応や行為ということになる。

「ケアリング」については、哲学や他の科学領域の理論を組み合わせながら、ケア者と被ケア者間の関係性や相互交流を重視する論が展開されている。その主な理論家にマーガレット・ダンロップ（Margaret J. Dunlop）氏やジーン・ワトソン氏（Jean Watson）がいる。マーガレット・ダンロップ（Margaret J. Dunlop）氏は、ケアリングについて、ケアが家庭という私的な領域から発生し個人的な愛情の文脈の中で実施され女性や女性と同様に低い地位にある男性にあてがわれてきたのに対し、ケアリングは保健、教育、福祉の制度上の中へとより公共の領域



へとケア者たちの「愛」の実践を移してゆく試みであると主張したいと述べている<sup>25)</sup>。

ワトソン氏は、ケアリングは女性が口承的伝統の中で引き継いできたものであり、モダン時代の社会的危機に対処するために道徳的理想と実践における新たな気づきを加味した考える行為であり、その行為には次の要素が含まれているという。

- ・生命と生活と自然の内的プロセスであり、深い主観的な意味と感情とを尊重すること。
- ・命を愛し、人間を愛し、自然を愛し、生きとし生けるものすべてを愛するという愛情で動機づけられた使命を基にして生活・研究・実践すること。

- ・自分自身、他者、自然、惑星などと関係を結び育み、協力し、多様であること、関係性、ハーモニーを追求すること<sup>26,27)</sup>。

ワトソン氏の考えるケアリングを筆者なりにまとめてみると、ケアリングとは「我々人間のみでなく惑星をも含めた生けるものすべてを尊重し、全てとの関係を直観的な感受性で全体性や結合性の基に考慮し、多様で調和のある関係や協力を求めて育み、その中で自分自身をも発見して癒される生活を実践すること」となる。この論の中には、ケアリングによるプロセスや効果はもちろんのこと、存在論や認識論、現象学における意味論、システム論、カオス論などを包含し、なおかつこれまでの科学のパラダイムを超えた新しいモデルを求める姿勢をみることができる。広範囲に及ぶ深遠なモデルで、忘れ去られようとしてきた深層の隠れた原型としての聖なるもの（女性性）を回復しようとする試みであり、個人的にも集合的にも自分自身から隠してきたものを思いだし、元に戻すという人間の普遍的能力、人間の基礎的要求<sup>28)</sup>を満たそうという永遠の探究のプロセスであると考えている。人間がもつ普遍的能力を回復・探求するプロセスであるとみるときは、ケアリングは誰もが実践できる可能性を秘めていると考えることができる。しかし同時に、忘れ去られ隠されてきた深層の能力を探求して自分自身を発見するプロセスと考えるときには、生涯をかけても到達できないケア者がいることも懸念される。ケアリングは個人としての高度な到達目標を掲げた成長のプロセスとなり、全ての看護師が職業としての看護において全ての被ケア者との間で「ケアリング」を実施できるだけの能力を身につけることができるかは、ヘルガ・クーゼ氏が案じているように懸念が残る。

「ケアリング」論の台頭は、哲学における論理学・認識論・存在論・倫理学などの発展や、看護が職業として定着したこと、病気の症状や身体の徴候を治して取り除く“Cure”を望むことが難しくなった疾患を有する人々が医療施設を出て症状や徴候をコントロールしながら家庭や保健福祉施設で生涯を送るようになり、これらの方々へのより良い生活をめざした支援活動が必要になってきたことにも影響を受けていると考えられる。ケア者の反応や行為そのものへの着眼のみではなく、人間の健康に影響を及ぼしている医療保健制度や文化が考慮されるようになり、且つ被ケア者とケア者における二者の関係性に関心を向けることの重要性が主張され、ケアをする看護師の職業人としての成長も重要視されるようになったからである。ケアリングについては、倫理性を伴い、職業として、制度として、科学として観察し測定して数量化

する試みが始まっていて、看護職のみではなく教職、介護・福祉職等の職業においても、今後さらに論が展開されて発展するものと思われる。

## 第2章 ケアの過程において生じるケア者の葛藤の様相

ケアリングに深く関わるケア者は、日々の生活をどのような心理で過ごすことになるであろうか。メイヤロフ氏やノディングズ氏の表現を借りれば、この社会において生活する上での諸々の価値観を理解し、諸現象を包括的・総合的に捉えることができ、自己実現へ向けてこころ安んじて住まい、職業や研究に専心する生活を送ることができ、被ケア者の人間的な成長を喜び、自らも人格的な成長を遂げることになる。これら両氏が論じているケアリングに従事する者は、主に教職についているケア者についてであり、ある意味において社会生活を自立して送っている人々とのかわりに関するケアリングである。では、健康を害して病の床につき、現代医学では治療による回復が望めずに死を間近にひかえている患者をケアしているケア者はどうであろうか。被ケア者に感情を移入して理解するケアを実践するとき、教職についているケア者と同じように、こころ安んじて生活するであろうか。クーゼ氏の論を借りれば、「我－汝」の関係を必要とするケアリングは非常に危険を伴うことになり、相手を受け入れ気づかい、補完し合う関係、理想のケアリングをどこにおいても実践できるという保障はない。被ケア者への思い入れが深くなるほどに同情の思いを抱き、自らの言葉を失い、窮地にたたずむことはないであろうか。本章ではケア対象を喪失することで感情に揺れを生じるといわれる看取り体験をもつケア者（看護師：これ以後第2章では、ケア者とは「看護師」を意味する）が調査紙に記述した内容から分析されたケアの過程における葛藤の様相を詳述する。

### 第1節 研究方法及び目的

近畿圏内のベッド数 100 床以上を有する総合病院（3 施設）に勤務するケア者を対象に、自記式無記名による質問紙調査を実施した。調査はケア者の属性として年齢、看取り体験の有無とその回数、被ケア者あるいはその家族に治療を拒否された体験の有無を問い、被ケア者とその家族が治療を拒否する理由について平成 11 年 9 月～11 月にかけて自由記述を依頼した。本章においてはこの質問紙調査において、被ケア者とその家族から治療を拒否された経験があると回答し、「被ケア者とその家族が拒否した理由」について記述した 9 名の回答及び文章に焦点をあてて分析する。分析手法は、1) 句点「。」あるいは文章の切れ目と判断される個所で区切る、2) 区切った文章を分析単位として繰り返し読み込み、各分析単位を最低限意味のわかる 1 文、あるいは語彙にしてコードとする、3) コードにしたものを類似性と相違性に着目して検討し、内容が類似するものを集めてサブカテゴリーを明らかにする、4) 類似するサブカテゴリーをさらに集めてカテゴリーとし、5) カテゴリーを収斂してタイプとする。

第1章で論じたように、被ケア者への感情の移入による困惑や葛藤をケア者が経験しているなら、どのような状況で生じているか、そのようなケア者への支援の方策があるか検討を進めることを目的に、終末期の被ケア者とその家族から治療を拒否されるというケア者自身の存在意義が問われることになる体験をしたケア者の回答を分析する。

## 第2節 倫理的配慮

調査にあたり研究の趣旨を文書で説明し、参加者の匿名性を保持するために無記名とした。調査紙の配付は、病院倫理委員会による審査を受けて承認を得て後に実施し、記入済みの質問紙は、プライバシー保護のために封筒に入れて投函あるいは後日の郵送にし、投函をもって研究参加への意志を表明したものと解釈した。

## 第3節 用語の定義

### 1. 共感

新選国語辞典によると名詞、あるいは自動詞で、「他人と同じような感情・意見をもつこと」であり、同義の言葉に「同情」、「同感」がある。「共感」は、相手との間に心理的距離を置き、相手の感情に巻き込まれないようにしながら、相手の感情、思い、意見を理解することである。一方同情は、「自分の感情や思いを相手に投影しているにすぎない」<sup>29)</sup>と述べている論もみられる。しかし被ケア者の立場に立ってその思いや抱いている感情を理解しての「共感」か、ケア者の体験や価値観で被ケア者とその家族の気持ちを推し量ろうとする「同情」を伴う「同感」なのかを質問紙の自由記述から分析するには限界がある。また、ケア者自身の体験や価値観抜きで被ケア者を理解することは殆ど不可能である。従って本研究においては、「ケア者が、被ケア者とその家族の感情・意見に誘発されて、その感情や意見を理解して同じような感情や意見をもつこと」と定義する。

### 2. 葛藤

デジタル大辞泉によると「心の中に相反する動機・欲求・感情などが存在し、そのいずれをとるか迷うこと」<sup>30)</sup>とある。英語では“conflict”、“dilemma”と訳され、対立する二つの意見・考え・価値信念の板ばさみになり、どちらを選択するのか難くなる状況である。本研究では、被ケア者とその家族、被ケア者と医師、あるいはケア者自身と被ケア者の家族の間における治療についての相反する考えや意見のなかで板ばさみとなり迷い悩む」とことと定義する。

### 3. 受容

相手の気持ちや考えを受け入れることである。しかし、必ずしも受け入れて認める、あるいは共感することを意味しない。従って、相手の気持ちや考えを聞いた後の対応をどのようにするかは次の段階になる。本研究においては、共感との違いを明確にするために、「ケア



者が被ケア者やその家族の気持ちや考えを拒否することなく聞き、ケア者本人の信念と異なっている、被ケアとその家族の気持ちや考えを理解し、その意志に沿ってケアを実践する」ことと定義する。

## 第4節 結果及び分析

### 1. ケア者の属性

表1におけるケア者の属性をみれば、被ケア者（患者）あるいは家族から治療を拒否された体験をしたと回答し自由記述欄に記入した者が9名（2.42%）いる。そのうち6名は被ケア者とその家族の両方から治療を拒否された経験があり、3名は被ケア者の家族による拒否であった。これらの被ケア者が看取りを体験したときの勤務領域は、成人の消化器外科及び内科（1名）、一般内科（1名）、がんの終末期ケア（3名）、小児科（4名）である。看取りの体験は、数え切れないと記述した者（3名）、450回（1名）、50回（1名）、30回（2名）、15回（1名）、3回（1名）である。年齢は最年少の回答者で28歳（看取り回数3回）、最高齢の回答者は52歳（数えきれない回数）、平均年齢36.67歳（STD7.38）である（表1）。

表1 ケア者の属性

n = 9名 (2.42%) / 372名

事例番号	年齢	勤務分野	看取り回数	拒否（患者 or 家族による）
1	39	小児・母性	30	家族による拒否
2	30	CCU・小児循環器	15	家族による拒否
3	39	集中治療・終末期ケア	30	患者と家族の両者からの拒否
4	29	がん	450	患者と家族の両者からの拒否
5	40	消化器（内・外）	50	患者と家族の両者からの拒否
6	52	末期がん	500	患者と家族の両者からの拒否
7	37	小児・NICU	500	患者と家族の両者からの拒否
8	28	小児	3	家族による拒否
9	36	内科	500	患者と家族の両者からの拒否
average	36.67	7.38		
min	28	(STD)		
max	52			

\* 看取り回数「500」は「数え切れない」等の言語表現した回答者  
\* 患者あるいはその家族によって拒否された事例ごとにおける回数は設問していない。従って回答者は代表的な事例を記述したことも考えられる。

### 2. 被ケア者やその家族の治療拒否の状況

表2からは、被ケア者とその家族は治療による苦痛、治療効果への期待、病気の予後、生存への期待、薬の副作用についての認識がケア者と異なるために治療を拒否していたことが分かる。それらは1) 被ケア者に「生きてほしい」という願いが強いために、被ケア者の家族は鎮痛剤を拒否し、医師は治療の中止を決心できずにいた（事例1、5、9）。しかしながら、被ケア者は治療を苦痛に思っていた（事例9）、あるいは医師の治療方針を受け入れられずに治療を中止したいと考えていた（事例5）。2) 治療による被ケア者の痛みの軽減がうまくいかないために被ケア者とその家族の両者がともに治療を拒否していた（事例3、6）。3) 被ケア者の家族は、病気が治るという望みをもてずに、繰り返す再発で被ケア者を苦しめたくないと考えていた（事例7）。4) 被ケア者の家族は、被ケア者への治療を中止する決心をしていた。しかし、ケア者は決心できずにいた（事例2、8）。5) 被ケア者は死をむかえる覚悟をして、身辺や仕事の整理を済ませるために一時的に治療を拒否していた（事例4）である（表2）。

表2 ケア者が認識した被ケア者とその家族、ケア者自身の思いのカテゴリ：治療拒否への思いに焦点をあてて

n = 9 名 (2.42%) / 372 名

事例番号	カテゴリ		サブカテゴリ		コード抽出者	コード	記述内容
	コア	カテゴリ	共感	思いのズレ・ (ズレの内容及び原因)			
1	受容タイプ	被ケア者の家族の思いとのズレの受容		被ケア者の家族の思いとのズレ (死を覚悟する時期のズレ)	被ケア者		もっと早く決意してほしかった。私ならそうする。ここからは看護師と家族で頑張るしかない。
					その家族	治療の拒否	
					ケア者	早く決意してほしかった	
2	受容タイプ	被ケア者の家族の思いとのズレの受容		治療・予後についての信念のズレ (コミュニケーションの不足)	被ケア者		意思決定できない小児の場合、親がどこまで決定権をもつか。子どもの生きる権利を親であっても奪ってはいけないと思う。
					その家族	治療拒否	
					ケア者	子どもの生きる権利、奪ってはいけない	
3	共感タイプ	被ケア者への共感	被ケア者への共感	被ケア者と医師の思いのズレ (死を覚悟する時期のズレ)	被ケア者	しんどいことはしたくない、もう十分	人として死ぬなら、このまましんどいことはしたくない（患者）先生も（医師）一生懸命はわかるが、これでもう十分だし、先生にも、このように患者の思いを伝えよう。
					その家族	治療の拒否	
					ケア者	被ケア者の思っていることを医師に伝える	
4	共感タイプ	被ケア者への共感	被ケア者の意志決定への共感 (意志の尊重) (QOLの充実)		被ケア者	治療をやめてほしい、仕事の整理をする、日常生活の自立	がん末期の患者だったので、積極的治療はやめてほしいということで、少しでも日常の生活が自立しているうちにいったん退院し、その後、しばらくして、入院、死亡した。少しでも自分の仕事を整理をしたいと言っていたし、QOL がわかりに充実していたように思う。ターミナルの状態の場合、少しでも苦しまず、楽にさせてやりたいと思う家族の方がわりといるように思う。
					その家族	苦しめたくない、楽にさせたい	
					ケア者	被ケア者の QOL 充実していた	
5	共感タイプ	被ケア者とその家族への共感	被ケア者への共感 被ケア者の家族への共感	被ケア者と医師の思いのズレ（コミュニケーション不足）（医師と被ケア者の意志疎通不十分） 被ケア者とその家族が一緒に過ごす時間の調整（環境調整の不足） 医師の思いへのズレ（コミュニケーションの不足）	被ケア者	治療方針がおかしい	医師の治療方針があきらかにおかしい場合もある（患者の治療拒否）。勇気がある（患者の家族）。患者のそばにいる時間を多くしてあげたい（家族が）
					その家族	勇気がある	
					ケア者	そばにいる時間を多くしたい	
6	共感タイプ	被ケア者への共感 被ケア者の家族への共感 (苦痛除去) / (食事摂取)			被ケア者	苦痛の増強、食事摂取できない	治療しても苦痛が軽減せず、治療により全身の苦痛増強や食事摂取ができなくなる（患者）。治療のための検査（採血・レントゲン）拒否（患者）。患者の苦痛やつらさを見ていられなかったのでは（家族）。
					その家族	苦痛を見ていられない	
					ケア者		
7	葛藤タイプ	被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤	被ケア者の家族との思いのズレ (苦痛除去)	治療・予後についての信念のズレ 被ケア者の家族の思いとのズレ (コミュニケーション・ケア力の不足)	被ケア者	治療に期待もてない、完治しない	患者への思いが深すぎて拒否していると思われることもあった。一時的に治っても再発したり、完治するわけがなく、苦しめなくてはならないので、苦しめたくないという気持ちになっている家族もいた。家族の思いもわかるが、悔しいと思ったこともある（ケア者）。
					その家族	苦しめたくない	
					ケア者	思いわかる、悔しい	
8	葛藤タイプ	被ケア者との思いのズレによる葛藤		治療・予後についての信念のズレ (信念の揺らぎ)	被ケア者		もし自分が家族の立場であつたら、もっと悩んでいたと思う。もし患者の立場であれば、どうしていただろうと今になって考える。答えは結局出ないと思います。
					その家族	治療拒否	
					ケア者	もっと悩んでいた、答えは出ていない	
9	葛藤タイプ	被ケア者とその家族の両者への共感による葛藤	被ケア者への共感 被ケア者の家族への共感	薬剤の効果・副作用への信念の揺らぎ	被ケア者	治療が苦痛、治らない病気、治療を止めたい	鎮痛剤を拒否する家族があり、患者の苦痛と鎮痛剤を制しなくてはならないことの板ばさみにあい辛かった（鎮痛剤で急変のおそれがあると説明を受けた為）。治療をしても治ることのない病氣と思っていた（患者）。治療が苦痛と感じていた（患者）。
					その家族	鎮痛剤の使用拒否、副作用への恐れ、状態を維持したい、助けたい	
					ケア者	板ばさみ	

### 3. 治療を拒否された体験に関するケア者の思いのカテゴリ

表2の事例番号で示されるように9名のケア者は、終末期のケアをしているときに被ケア者あるいはその家族から治療を拒否される体験をしていた。ケア者はこの体験の中で、被ケア者とその家族の思いとのズレを受容、あるいは共感していた。しかしながら葛藤を生じているケア者もいた。ケア者におけるこれらの体験の認識は、【受容タイプ】、【共感タイプ】、【葛藤タイプ】3つのコアカテゴリーからなり、さらに共感タイプは《被ケア者への共感》、《被ケア者とその家族の両者への共感》、葛藤タイプは《被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤》、《被ケア者とその家族の両者への共感による葛藤》の5つのカテゴリーに分類された。このうち葛藤タイプでは、ケア者と被ケア者及びその家族の間における治療や予後について

の信念にズレが生じていた(表2)。以下にその詳細について述べる。

# 1) 受容タイプ：被ケア者の家族の思いの受容

事例1においてケア者は、被ケア者の家族と同じ状況では自分自身も治療を拒否したであろうと回答している。また、家族は本心から治療を拒否し、拒否した後も面会のために病室へ来る回数が増え、家族が治療を拒否しなかったとしても被ケア者が生存する可能性は低かったと回答し、家族に「もっと早く決意してほしかった。私なら、そうする。ここからは家族と頑張るしかない」と記述している。家族がその子ども(被ケア者)の死を覚悟して治療の中止を決意する時期よりも、ケア者は早い時期に被ケア者である子どもの死を覚悟していたと考えられる。しかし、家族よりも早い時期にその死を予測しながらも、いったんケア者自身の思いを保留し、家族がその子どもの死を覚悟できるようになるのを待っていたと思われる。なぜなら「ここからは家族と頑張るしかない」との記述からは、家族が治療を拒否したときには、死へと向かっていたその子どもの状態が一次的であるにせよ回復の兆しをみせ、治療の中止を思いとどまらざるを得ない状況になっていたと解釈されるからである。ケア者が決心できないでいる家族の思いを受け止めて、家族が子どもの死を覚悟できるようになるのを待ちながら、ケアを続けていた姿が浮上する。

事例2においては、医師が家族の治療拒否に対して説得を試みているが、治療への同意を得ることができていない。ケア者は、家族が本心から子どもの治療を拒否し、家族の面会に来る回数が減少し、その子ども(被ケア者)は家族が治療を拒否しなかったとしてもやがては亡くなられたであろうと回答している。そして、「意志決定できない小児の場合、親がどこまで決定権をもつか」との疑問を呈している。家族の意志を尊重して積極的な治療は行われていないが、ケアは継続されている。事例1とは逆で、「子どもの生きる権利を親であっても奪ってはいけないと思う」との回答からは、被ケア者の死の時期がその家族の治療の拒否によって、ケア者が考えていた時期よりも早まったことを読み取ることができる。子どもの治療を拒否した家族が、子どもとの面会に来る回数を減らしたその背景には、子どもの死を直視できる心理状況ではなかったことが推察される。

これら二事例は、被ケア者の家族の意志決定が一方では被ケア者の生存の期間を長くし、もう一方では短くした事例である。被ケア者の家族が「子どもの死を覚悟する時期」と、ケア者が考える子ども(被ケア者)の死の時期にはズレがみられる。ケア者は家族の思いを聞き受け止めてはいるが、そのギャップを埋めるべく家族との話し合いを続けていたのは医師であり、ケア者が被ケア者の家族とのコミュニケーションをはかろうと努めている様子は回答からは伺い知ることができない。

# 2) 共感タイプ1：被ケア者の思いへの共感

事例3では、医師は被ケア者に治療を受けるようにと説得を試み、治療に一生懸命に携わっているが、被ケア者は治療が苦痛になり拒否している。そしてケア者は、その状況で

は被ケア者と同じようにケア者自身も治療を拒否したであろうし、被ケア者は治療に希望を見いだせていないと回答している。医師と被ケア者の間に生じている治療への姿勢の乖離、ケア者はそのことに気付いて被ケア者の思いを医師に伝えようと考えている。この事例では、被ケア者が治療効果に懸念をいだき、治療を中止して楽になりたいという思いを抱いていたことが推察される。ケア者もそのような被ケア者の気持ちに共感している。

事例4では、被ケア者は治療に望みをもちながらも、末期の状態にいることを悟り、日常生活を自分でこなせる間に仕事や身の回りの整理をしたいと希望して、一時退院している。しかし、その後しばらくすると再入院して亡くなられたようである。再入院したときに「少しでも自分の仕事の整理ができた」と被ケア者が言われていたということで、ケア者は「QOL（quality of life）がわりに充実していたように思う」と記述している。被ケア者は治療への望みを失ったわけではなく、死を前にしての身辺整理をする時間作りの治療中止であったようである。この被ケア者の思いに共感して意志を尊重し、被ケア者の身辺整理の援助へと比重を移したことをケア者は納得し、それに価値をみいだしている。

この2事例はどちらも成人の被ケア者であり、ひとは痛みを伴う治療はもうこれ以上必要ないとの判断から治療を拒否し、他方は死にいたるまでの一時期を利用して身辺の整理をするために治療拒否を選択している。これらの事例は被ケア者自身の意志で死の時期を決定し、納得のいく治療を受ける選択をする意志を持ち合わせている成人の被ケアとの関わりである。

### 3) 共感タイプ2：被ケア者とその家族の両者の思いに共感

事例5では、被ケアとその家族の両者が治療を拒否している。それは本心からの拒否であり、被ケア者もその家族も治療に希望を見いだしていなかった。そしてケア者自身も同じ状況では被ケア者やその家族同様に拒否しているであろうし、治療を拒否しなかったとしても生存の可能性が高まったとは思わないと回答している。治療拒否後も被ケア者の病室へとその家族は面会の回数を増やしている。また、ケア者は自由記述欄に「医師の方針がおかしい場合もある」、被ケア者の家族が治療を拒否したことについて「勇気があると思う」と記述している。ケア者は医師の治療方針に賛同していないが、被ケア者とその家族の思いには共感している。

事例6においては、被ケア者の苦痛が治療でも軽減せずに、むしろ増強して、食事も摂れなくなっている。この状態に被ケア者とその家族が治療を拒否した。ケア者は、被ケア者も家族もこのときの拒否を本心からしていたのではない、治療に希望をみいだしていなかったからであると回答している。この家族は治療拒否後も被ケア者のもとへの面会が増えている。ケア者自身も同じ状況では治療を拒否しているであろうし、治療の継続で被ケア者が生存したとは思えないとも答えている。この回答からは、治療により「痛みが増す」、「食事が摂れなくなる」などは、治療拒否の要因になると考えることができる。この事例

にみられるのは、治療の副作用が強く全身の苦痛が増強したために、生存に欠くことのできない食事の摂取が思うようにならず、治療効果に疑念をもち、治療を拒否している被ケア者とその家族へのケア者の共感である。

#### 4) 葛藤タイプ1：被ケア者の家族の思いを受容できず葛藤

事例7のケア者は、被ケア者とその家族の治療拒否について、説得しようと最善を尽くしたと回答している。そのときケア者は、患者と家族の治療拒否に腹が立ち、本心からの拒否ではなく、治療に希望を見いだせていないから拒否しているのだと考えている。そして、家族が治療を拒否しなければ被ケア者が生存したと思われるかについては、「どちらともいえない」を選択している。拒否の理由の欄には「治療に対しての期待、宗教、家族とのかかわり」が影響し、ときには「患者への思いが深すぎて拒否している」、「一時的に治ってもまた再発したり、完治するわけではなく、苦しまなくてはならないので、苦しめたくないという気持ちになっていた」と記述している。また、被ケア者と同じ状況ではケア者自身も治療を拒否したであろうと述べているが、その家族であったなら治療を拒否しないと回答している。苦痛の緩和が難しいとき被ケア者は、治療に望みを託して苦痛を耐えるよりも、痛みを緩和する方に思いが傾き、その思いが治療拒否へと至ることを示唆している。痛みを我慢できなくなるときは、治療効果に疑問が生じ、治療を止めたくなくなるという心情にケア者は共感している。しかし、第三者である被ケア者の家族の思いについては異なり、痛みが強く苦痛に苛まされていたとしても治療を拒否すべきではなかったと考えており、治る望みをもてる間は治療を続けられるようにとケア者は努めていたと思われる。そのために、被ケア者の家族が「苦しめたくない」と思うのも分かるが、「悔しいと思ったこともある」と共感を一部見せながらも思いのズレに悩んでいる様子が記されている。

事例8においては、その家族は本心から拒否していて、被ケア者の家族と同じ状況ではケア者自身も治療を拒否していたであろうと回答されている。被ケア者の家族は、治療拒否以前と同じように面会にも訪れている。これまでの事例と大きく異なる点は、被ケア者の家族が治療を拒否しなければ被ケア者は生存したと思うとの回答で、「もし自分が家族の立場であったなら、もっと悩んでいたと思う」とケア者が記述していることにある。ケア者は調査紙に回答した時点にも、まだ「ケア者自身ならどのようにするか」答えをみいだせないでいた。このケア者は、ケア者自身もその状況では「治療を拒否したであろう」と被ケア者の家族が治療を拒否することに共感していたためか、「家族への説得に最善を尽くした」を選択していない。ケア者による被ケア者の予後への見通しは、被ケア者の家族と異なっていた。被ケア者の家族が治療を拒否することについてどのように対処し、意味づけを行えばよいか分からずに悩んでいたケア者の姿が浮かび上がる。

#### 5) 葛藤タイプ2：被ケア者とその家族の両者に共感して葛藤

事例9のケア者は、被ケア者は治療を苦痛に思い、治療をしても治ることのない病気だ



と思いながらも、治療への望みもまた抱いていたと回答している。鎮痛剤を使用すると急変する恐れがあるという医師からの説明に、被ケア者の家族は鎮痛剤の使用を制限することを望んだ。ケア者は、苦痛を和らげるために鎮痛剤を使用したいとのケア者自身の思いと、被ケア者の家族が生存に少しでもリスクになる鎮痛剤の使用を制限したいとの思いの間で悩んでいる。被ケア者もその家族も治らない病気であると意識しながらも、心から鎮痛剤の使用を拒否し、少しでも身体によくない影響を与えられと思われる薬（鎮痛薬）を制限することを選択している。被ケア者とその家族が、自分たちの選択で痛みを我慢しなければならない状況を作り出しているともいえる。このケア者は、被ケア者とその家族の状況では、ケア者自身も鎮痛薬の使用を拒否したであろうと考えていて、鎮痛剤の使用拒否を取り下げようにとの積極的な説得を試みていない。しかしながら、被ケア者が鎮痛薬の使用を制限しても生存できたとは思われないうと回答している。治療が難しく末期の状態になったとき、覚悟を決めることの難しさ、治療の選択について決心が揺れる様子を読み取ることができる。

## 第5節 考察

ミルトン・メイヤロフ氏が述べるように被ケア者が成長して自己実現することを助ける過程をケアリングであるとみると、終末期にいる被ケア者の成長や自己実現を助けるとはどのような過程を意味するか。そしてまた、ネル・ノディングズ氏が述べるように被ケア者やその家族とケア者の主観的、存在論的な思いが錯綜するときに、ケア者がその責任の重さを理解しながらも困惑し、葛藤するとはどのようなことを意味するか。さらには、ヘルガ・クーゼ氏が論じているように、ケアリングの過程においてケア者自身を正当化するのに必要な道徳・倫理をどのように考えなければならないか、第4節での分析をもとに考察を試みる。

### 1) 異なる思いの受容とケア者自身の思いを認識することの重要性

ケア者と被ケア者の家族の間に、被ケア者は「助かる」大丈夫という信念をもっている時期、あるいは「死を受け入れる覚悟」ができる時期にずれが生じる場合がある。ケア者が救命に全力を注いでいるときに、被ケア者の家族は死をむかえさせる決心を既にしているときもあれば、逆に被ケア者の家族は救命を求めているがケア者は救命の可能性は殆どないと考えていることもある。本事例においては、被ケア者の家族が思い描き覚悟をするまでの子どもの死の時期とケア者が考えている死の時期の間にズレがみられる。それにもかかわらず、子ども（被ケア者）の死をむかえる家族が覚悟を決める思いにケア者は沿いながらケアを継続している。終末期にいる子ども（被ケア者）の親は、我が子の予後を見据えて決断をくださねばならないが、その決断には疾病の重症度、治癒率、社会生活を送れる可能性の程度、生きることに對する親の価値観が大きく影響し動揺を生じる。ケア者が困惑することなくケアを継続できる要因になっているのは、ケア者自身の信念が明確に

なっている点が挙げられる。二事例ともにケア者は、被ケア者の家族の立場を理解し、被ケア者の予後の見通しがケア者自身と異なっていることを認識している。しかもケア者自身の信念に揺らぎがみられない。被ケア者の家族との思いが一致しなくとも、そのことを知り受けとめ、しかもケア者自身の信念を維持している。

## 2) 「思い」の尊重とサポートによってもたらされる QOL の充実

人は誰もが、心地の良い環境に居て、意義のある長い人生を生きたいと願う。その願いは疾病のために治療を受けている被ケア者にとっても同様である。ケア者にとっては、被ケア者のこの願いの実現はケア目標にもなる。被ケア者のより良い人生の実現へ向けてケアを提供していると信じているときには満足感を抱き、十分なケアを提供できないためにその願いを実現することが難しいと思うときには対処法を見いだせず無力感を抱くことになる。ケア者が被ケア者の思いに共感している事例3・4では、どちらの被ケア者も自分自身の状態を理解し、十分に治療を受けているとの思いを抱き、その思いをケア者へも伝えている様子がうかがえる。また事例4では、被ケア者には死を迎えるために身辺を整理するだけの気力が備わっていて、その意志が尊重されている。治療についてどのような気持ちを抱いているか言葉にしてオープンに表明し伝えることができるときには、お互いの間にある思いのズレを克服できるようである。また被ケア者が、死を迎えるまでの時間をどのように過ごすかを考えて実施できるだけの気力を備え、サポートを得ることができて充実した時間を過ごせるとき、ケア者はケアをしていることが喜びや充実感につながっている。被ケア者の身体症状は治療を受けている間は常に変化する。ケア者がその変化を把握して症状が緩やかなときに被ケア者と家族の意志を実現できるように環境を整えて支援するなかで、被ケア者の QOL が充実した事例といえる。被ケア者とその家族が悔いのない終末期をむかえるために必要な支援について、日常のケアの中で話し合い、適切な時期を見計らって身辺整理などを行うことの重要性が示唆されている。事例4のケア者は、被ケア者の命の終末へ向けて、いわゆるミルトン・メイヤロフ氏が述べる被ケア者の自己実現を助けるケアリングに従事していたと考えられる。

## 3) 被ケア者とその家族の思い表出への支援

被ケア者とその家族はともに治療を拒否している。この両者は、自分たちの意志を表明するだけの強さを持ち合わせている。そのような被ケア者とその家族の思いと態度にケア者は共感をみせている。不治の病においては、被ケア者とその家族は治癒を望みつつも生存への可能性が低くなりつつあることを悟り、やがては死への覚悟をしなければならない。覚悟を決めるまでには、被ケア者とその家族が抱く希望に乖離が生じることがある。また、ケア者自身と被ケア者の家族の間にも思いの齟齬が生じることがある。乖離を小さくするには、被ケア者とその家族が死への覚悟を決めることのできるまでの感情の揺れや思いを互いに表出する機会が必要である。被ケア者とその家族が安心して思いを出せるコミュニ

ケーションの場を作れるかが鍵になる。

4) 非受容と信念の揺らぎによる葛藤

被ケア者が痛みを耐えている姿を見るにしのびずに、被ケア者の家族が治療を拒否していることについては、ケア者は理解し共感している。しかし、被ケア者の家族が治療効果を期待できないと考えて治療を拒否すること、あるいは宗教上の信念から治療を拒否することについては、共感できず、治療の中止は被ケア者の命を終わらせることになるかとケア者は考えている。これらの事例において、ケア者には被ケア者を助けたいとの思いが強く、死を迎えさせることへの覚悟ができていない。被ケア者に苦痛を我慢させて治療を受けさせることは、生存の為の一縷の望みではあるが、被ケア者の苦痛を傍で見ていた家族は辛い。特に、寛解で被ケア者の症状が軽減して希望が優勢になり家族が喜んでいるときに症状が再燃して重度になると、家族は治療を継続して受けさせることを躊躇する。あるいは苦痛を耐えさせていることに罪悪感すらいただくことになる。ケア者は、被ケア者の家族の「痛い思いをさせたくない」との思いには共感するが、被ケア者の家族が治療を拒否することについては共感できずに信念が揺らぎ葛藤に陥ったと思われる。また、治療技術が高度になっているとはいえ、被ケア者の死期を医療者が寸分も狂うことなく予測するのは難しいことがある。ケア者は、被ケア者が死をむかえた瞬間の身体症状、死をむかえるまでの生活状況、あるいはまた死期についてのイメージが予測していたのと異なるときには、被ケア者に安楽な意義のある入院生活を過ごさせることができなかったと自責の念に駆られてケアへの信念に揺らぎを生じ、葛藤に陥ることが考えられる。ネル・ノディングズ氏が述べているように、ケア者と被ケア者の家族の間に、被ケア者の生存へ向けた思いが錯綜して一致をみずに葛藤に陥っている事例である。

5) 医薬品に関する正確な知識及び普遍化された道徳・倫理の必要性

不治の病であると告げられて、「生存」より「死」がより優勢になったとしても、被ケア者の家族にとって「助かってほしい」との願いをあきらめるのは容易いではない。死へのリスクを高める薬剤は、鎮痛剤であってもときには被ケア者の家族は拒否をする。現在の治療技術では、身体症状による苦痛はある程度コントロールできるようになっている。しかしながら、痛みを完全になくすることはできず、薬剤の副作用をなくすることもできない。また、被ケア者の「死への覚悟」と「生存への望み」の間における心理的動揺もどちらか一方が常に優勢を保っていることはなく、日々の身体症状や治療処置による痛み、周囲の人々との関係に左右されて変化する。この被ケア者の感情を敏感に読み取って共感をするケア者もまた心理的動揺に身をさらしていると考えられる。事例9では、被ケア者とその家族の間で、死への覚悟と痛みのコントロールについての信念にズレが生じ、ケア者はその板ばさみになり葛藤に陥っている。ケア者が痛みに関する薬剤の適用や副作用についての正確な知識をもっていたとしても、異なる信念をもつ両者に共感するとき、ジレ

ンマに陥り葛藤が生じる。このときケア者は、ヘルガ・クーゼ氏と言われるようにケア者自身を正当化するのに必要な道德・倫理観をもつ必要があるように思われる。副作用を承知の上で痛みの軽減を優先するか、可能な限り痛みを耐えて副作用を極力少なくするか、被ケア者にとって何が善いか判断を迫られる。看護におけるケアリングは、「人間の尊厳を保持・促進し、守ることであり、卓越した倫理的な知識が必要」であり、ケア者自身が被ケア者との「関係性を築くことのできる能力をもっていること、そしてケア者自身の能力の限界を知っている」<sup>31)</sup> 必要がある。しかしながら事例8・9のケア者は、その判断をくだす倫理の知識を充分に得るための機会に恵まれていなかったと考えられる。

## 第6節 結論

終末期のケアリングにかかわったケア者9名の事例分析から【受容タイプ】、【共感タイプ】、【葛藤タイプ】の3タイプが浮かび上がった。受容タイプのケア者は、被ケア者（子ども）の家族との間に死をむかえる覚悟をする時期にズレを認めている。しかし、そのズレを認識し、被ケア者の家族の思いを受けとめ、葛藤に陥ることなくケアを実践している。共感タイプのケア者は、意志を表明できる成人の被ケア者とその家族のケアリングにかかわり、被ケア者の終末期の自己実現へ向けてサポートを継続していた。葛藤タイプのケア者は、被ケア者とその家族の間における信念のズレをどちらにも共感するが故に調整できずに葛藤に陥っていた。9事例の分析であり一般化するには限界があるが、葛藤を克服するには、受容タイプのケア者にみられるようにケア者自身の信念を認識できる、あるいは共感タイプにみられるように被ケア者のQOL実現へ向けた支援を実施できるように環境を整えること等が重要であると考えられる。今後は、本研究で明らかになった葛藤克服について検討を進め、その効果についての評価法をみいだす必要がある。

## 〔参考文献〕

- 1) Oxford Dictionary of English, Oxford University Press, 2003 (EX-word 電子辞書)
- 2) Oxford Thesaurus of English, Oxford University Press, 2004 ((EX-word 電子辞書)
- 3) 前掲書1)
- 4) 前掲書2)
- 5) ミルトン・メイヤーロフ著／田村真・向野宣之訳：ケアの本質―生きることの意味―，ゆるみ出版，2001（第9刷），pp.13-16
- 6) Milton Mayeroff: On Caring, HarperCollins Publishers, 1972 (first edition)
- 7) ネル・ノディングス／立山善康・林泰成・清水重樹・他訳：ケアリング―倫理と道德の教育／女性の観点から―，晃洋書房，2008（第1版：1997）
- 8) Nel Noddings: Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education, The Regents of the University of California, 1984
- 9) ヘルガ・クーゼ／竹内徹・村上弥生監訳：ケアリング―看護婦・女性・倫理―，メディカ出版，2000

- 10) Helga Kuhse: Caring: Nurses, Women and Ethics, Blackwell, 1997,
- 11) 前掲書6) pp.1-3
- 12) 前掲書8) pp.9-16
- 13) 前掲書8) pp.12-13
- 14) 前掲書8) pp.4-5
- 15) 前掲書10) pp.145-158
- 16) 前掲書10) pp.147-149
- 17) 前掲書10) preface, p.IX
- 18) 前掲書10) pp.142-145
- 19) 前掲書8) pp.1-2
- 20) 松本光子編集：基礎看護学 看護学概論，スーヴェルヒロカワ，1993，p.3
- 21) 粕田孝行（Takayuki KASUDA）：オレムのセルフケア理論とその展開，看護MOOK—看護理論とその実践への展開—，金原出版，1990，pp.63-66
- 22) Patricia Benner／聖路加看護大学公開講座委員会訳：看護における理論の必要性，『看護研究』アーカイブス，医学書院，pp.25-32
- 23) カール・ロジャーズ，畠瀬直子監訳：人間尊重の心理学，創元社，1999，pp.110，128-132
- 24) 大段智亮：人間の看護の出発点，サンルート看護研修センター，1986，pp.155-156
- 25) Margaret J. Dunlop／Patricia Benner／相良－ローゼンマイヤーみはる監訳：「ケアリングの科学は可能か？」解釈的現象学，2006，pp.25-39
- 26) Jean Watson／川野雅資・長谷川浩訳：21世紀の看護論，ポストモダン看護とポストモダンを超えて，日本看護協会出版会，2005，p.87
- 27) 前掲書26) p.85
- 28) 前掲書26) pp.82-83
- 29) <http://syass.kwansei.ac.jp/tatsuki/Thesis97-98CL/5kyokan.html> 2011/02/23 pp.1-3
- 30) デジタル大辞泉，小学館，2003（EX-word 電子辞書）
- 31) Jean Watson: Human Caring Science “A theory of Nursing” Jones & Bartlett Learning, 2011, pp.36-38

#### 〔付記〕

本研究にあたりご指導いただきました田中圭治郎教授に心よりお礼を申し上げます。

（ながしま すえみ 教育学研究科生涯教育専攻博士後期課程満期退学）

（指導：田中圭治郎 教授）

2011 年 9 月 29 日受理